Krisenstabssitzung „Neuartiges Coronavirus (COVID-19)"

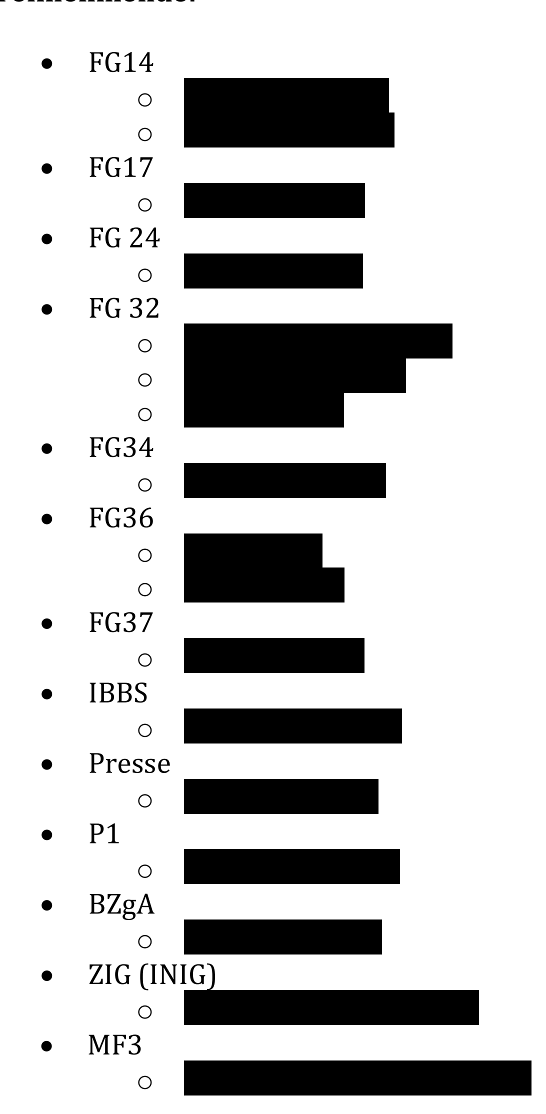
Ergebnisprotokoll

(Aktenzeichen: 4.06.02/0024#0014)

Anlass:	Neuartiges Coronavirus (COVID-19)
Datum:	*26.08.2020, 11:00 Uhr*
Sitzungsort:	[redacted]

Moderation: Martin Mielke (Abt. 1)

Teilnehmende:



- FG14
  - [redacted]
- FG17
  - [redacted]
- FG 24
  - [redacted]
- FG 32
  - [redacted]
- FG34
  - [redacted]
- FG36
  - [redacted]
- FG37
  - [redacted]
- IBBS
  - [redacted]
- Presse
  - [redacted]
- P1
  - [redacted]
- BZgA
  - [redacted]
- ZIG (INIG)
  - [redacted]
- MF3
  - [redacted]

TOP	Beitrag/Thema	eingebracht von
1	**Aktuelle Lage** **International** Trendanalyse international, Maßnahmen (Folien hier) • Top 10: Indien, USA, Brasilien, Kolumbien, Peru, Argentinien, Spanien, Mexiko, Russische Föderation, Philippinen • Bislang 33 Länder mit einer 7-Tages-Inzidenz > 50 / 100.000 Ew.; Paraguay und Montenegro im Vgl. zur Vorwoche nicht mehr aufgeführt; Brit. Jungferninseln, Libanon, Gibraltar, Färöer Inseln, Kosovo* und Luxemburg neu hinzugekommen • Derzeit über 40 europäische Subregionen mit einer 7- Tages-Inzidenz >50 pro 100.000 Ew. (WHO EURO) *To dos:* • *Der Kosovo* ist auf Europ. Folie Serbien zugeordnet, Dtl. erkennt Kosovo jedoch als Republik an → ungünstige Darstellung, es sollte die offizielle Lesart der Bundesregierung verwendet werden, Bitte an ZIG um Diskussion zu Anpassung* • *aktuelle Situation in Schweden soll in einer der nächsten Sitzungen beleuchtet werden, da Sonderstellung in europ. Raum*	ZIG
	National Fallzahlen, Todesfälle, Trend (Folien hier) • Anstieg im Vergleich zum Vortrag um 1.576 bestätigte Fälle und 3 Verstorbene • 7-Tage-Inzidenz von 10,2 • Aktuell ITS: 223; beatmete Patienten: 133; • R und 7-Tage-R weiterhin unter 1 • 7-Tages-Inzidenz nach Meldedatum Bundesländer steigt weiterhin an, ○ [redacted] *To do: v.a. Einreisende und familiäres Umfeld betroffen, Formulierung nicht ganz eindeutig, ggf. Rückfrage und Anpassung* ○ Bayern: derzeit etwas abgeflacht ○ BaWü: erneuter Anstieg ○ → schwer zu interpretieren, weiter beobachten, keine Entwarnung, Trend ansteigender Fallzahlen, siehe auch Vergleich Meldewochen 33 und 34 (s.u.) • Geografische Verteilung in Deutschland: 7-Tage-Inzidenz (Landkreise): 19 keine Fälle in letzten 7 Tagen übermittelt, 17 über 25, einer (Offenbach) über 50 • Vergleich Meldewochen 33 und 34: Fallzahl und Inzidenz nach Bundesland: starker Anstieg der Gesamtinzidenz von 9,5 (KW 33) auf 11,1 (KW 34), darunter: starker Anstieg in BW	FG32

(+105%), Bayern (+59 %) und Hessen (+ 43 %) bzw. Bremen (+46 %); demgegenüber starke Abnahme in SH (-44 %), Thüringen (-25 %), NRW (-22 %)

To do: bei den Anstiegen sollte verfolgt werden, ob es sich um linearen oder exponentiellen Anstieg handelt

To do: Meldedatenauswertung: Anfrage an [redacted], ob Sonderauswertung für Freitag oder Montag möglich sei

- Wochenvergleich KW 10 - 34: COVID-19-Fälle nach Geschlecht, Alter, Hospitalisierung, Verstorbene :
  - KW 33/ 34: Fälle mit dem geringsten Altersmittelwert (32 Jahre), Vergleich KW 15: 52 Jahre
  - KW 34: derzeit weiterhin mehr Männer (55 %) als Frauen (45 %) betroffen
  - Anteil Hospitalisierter / Verstorbener mit Vorsicht zu betrachten, da erst im Verlauf Erkrankungsschwere evident; Anteil Hospitalisierter derzeit 5 %; Anteil Verstorbener derzeit 0,1 %; (Vergleich Höchstwert KW 15/16 mit 6,8 bis 7 % Verstorbener (und höchstem Altersmittelwert);
  - Geschlecht- und Altersverteilung der Verstorbenen werden weiter analysiert

  To do: Bitte um graphische Darstellung für kommende Sitzungen
  - Anm.: Zählung von an Covid-19 Verstorbenen:
    - es werden alle diejenigen Verstobenen gezählt, die zu einem gegebenen Zeitpunkt als Covid-19-positiv gemeldet worden sind
    - es existiert keine Frist für einen zeitlichen Zusammenhang
    - Zählweise Gegenstand der Diskussion, Kritik „künstlich erhöhter Todesfallzahl“
    - Vorgehen jedoch binnen der letzten Monate konsistent und weiterhin vernünftig
    - Wissenschaftlich kein klarer cutoff möglich, vor allem auch hinsichtlich Vorerkrankung
    - Konsens kürzlicher Pathologenkonferenz: aufgrund des vielfältigen Organtropismus v.a. bei schweren Fällen ist Covid-19 in mutmaßlich 75 % der Fälle direkt ursächlich für das Versterben
    - insgesamt ist Untererfassung sehr wahrscheinlich (bspw. lost follow-ups)

    To do: Erhebung der Zeitdauer zwischen Laborbestätigung und Tod.

Syndromische Surveillance (Folien hier)

- Grippeweb ARE-Raten bis 34 KW: Anstieg insges. v.a. bei Kindern
- Praxis- und Konsultationsinzidenz derzeit erneut angestiegen (v.a. bei 0- bis 4- und 5- bis 14-Jährigen, war während der Ferien gefallen)

	• Berlin/BB & NRW (nach Ferienende) vs. Bayern & BaWü (aktuell noch Ferienzeit) im Vergleich (senkrechte Linien: Ferienende): o Berlin/BB: Kurve der 0- bis 14-Jährigen steigt steil an, 4- bis 14-Jährige erreichen sogar Niveau der 0- bis 4-Jährigen (ungewöhnlich); NRW ähnlich, Trend der letzten Woche verstärkt sich o Bayern & BaWü: vergleichsweise niedrige, saison-typische ARE-Raten • Darstellung von Covid-Meldeinzidenz (li Achse, gestrichelte Linie) vs. ARE-Konsultationsinzidenz (re Achse, Faktor 100, durchgezogene Linie) für Berlin/BB: Vergleich KW 33 und 34 5- bis 14-Jährige: steiler Anstieg der ARE-Konsultations-inzidenz von etwas über 1.000 auf 3.000 pro 100.000 Ew.; zeitgleich Covid-Meldeinzidenz von ca. 20 auf 10 pro 1000.000 Ew. gesunken (im Vergleich: starker Anstieg der Covid-Meldeinzidenz in den Vorwochen – KW 30 bis 33 – von von ca. 3 auf 20 pro 1000.000 Ew.) • ICOSARI-KH-Surveillance – SARI-Fälle sowie Anteil SARI-Fälle mit COVID-Diagnose bis zur 33. KW: Covid-19-Anteil an SARI zurückgegangen • Anm: ARE-Anstieg in Schulen mglw. durch Rhino- oder andere, typische Erkältungsviren bedingt, so starker Anstieg nach Ferienende im Vergleich zu Vorjahren jedoch recht untypisch, vor allem in Berlin auffällig (und Mecklenburg-Vorpommern, hier jedoch weniger Sentinelpraxen vorhanden), ggf. jedoch auch awareness-Effekt mitursächlich • *To do: weitere Analyse hinsichtlich Auswirkung von Feriende, v.a. auch hinsichtlich Bayern und BaWü* Laborbasierte Surveillance (Folien hier) Anzahl • Labore: 70 • Krankenhäuser: 959 • Arztpraxen: 20.476 • Testungen mit Ergebnis: 4.490.888 • Testungen pro 100.000 Ew stratifiziert nach Altersgruppe und Kalenderwoche: Altersgruppe der > 80-Jährigen: konstant >> 400 Tests pro 100.000 Ew. seit April (Altersgruppe mit höchster Testungszahl); Altersgruppe der 15- bis 34- und 35- bis 59-Jährigen: starke Zunahme der Testungen seit KW 30 von ca. 250 auf um die 400 Tests pro 100.000 Ew.; alle Altersgruppen derzeit > 200 Tests pro 100.000 Ew • Anzahl der positiven und negativen Testungen pro Tag: derzeit starker Anstieg der Testung insgesamt zu verzeichnen (Erreichen der Testkapazität ggf. möglich), am Wochenende nach wie vor wesentlich geringerer Testumfang, Positivanteil weiterhin gering • Anteil Personen mit positiver SARS-CoV-2-Testung nach Altersgruppe: recht einheitliche, geringe Positivrate, geringster Anteil positiv Getesteter in der Altersgruppe > 80-	

	Jähriger mit ca. 0,34 % • Testverzug: KW 33 zeigt geringfügig steigende Tendenz, ein Erreichen der Testkapazität schlägt sich hier jedoch noch nicht nieder • Anm: Stratifizierung der Positivrate nach Altersgruppe: intensiv von Presse angefragt, welche Altersgruppe besonders hervorsticht; große Anzahl an 80-Jährigen bei vergleichsweise sehr geringer Positivrate von 0,2 % sind hinweislich auf die Validität der Methodik *To do: Testkapazität wird erst im Laufe des Mittwochs gemeldet, wird am Freitag präsentiert*	
2	**Internationales (nur freitags)** • Nicht besprochen	
3	**Update digitale Projekte (nur montags)** • Nicht besprochen	
4	**Aktuelle Risikobewertung** • Derzeit kein Anpassungsbedarf.	alle
5	**Kommunikation** [redacted] • [redacted] • [redacted] • [redacted] [redacted] **Presse** • Für kommenden Sonntag geplante Corona-Demonstration wurde vom Senat verboten.	[redacted] Presse
6	**Neues aus dem BMG**	BMG-Liaison

	• Nicht besprochen	
7	**Strategie Fragen** **Allgemein** Covid-19-Testgeschehen und Quarantäneregime (Folien hier) Beschluss besitzt Diskussionsbedarf: • Testung von Einreisenden soll zum 15.09./01.10. gestoppt werden, unabhängig ob aus Risikogebiet oder nicht • Quarantäneregime - zwei Eckpfeiler: Testung nach 5 Tagen vs. 7 Tagen; Quarantäne 10 Tage vs. 14 Tage, laut Beschluss jedoch lediglich 5 Tage. [redacted] / fachlicher Einschätzung (Inkubationszeit max. 14 Tage, zu spätestem Zeitpunkt können noch Erkrankungen in ca. 1 – 10 % der Fälle auftreten) • Quarantäne (nach Kontakt mit potentiell infizierter Person) und Isolation (bei Erkrankung) werden begrifflich nicht sauber getrennt • Diskussion wird fortgesetzt **RKI-intern** • Verweis auf Papier von [redacted] als Basis für weitere Diskussion	
8	**Dokumente** **RKI-Zwischenbericht-COVID-19** (Dokument <u>hier</u>) • Kurzvorstellung Zwischenbericht: zwei Teile: 1. Lageentwicklung international und national, 2. Spezielle Themen (u.a. Kommunikation, Labordiagnostik, Infektionsschutzmaßnahmen) • Besprechung des Zwischenberichtes wird auf Freitag, den 28.08. vertagt, da aufgrund der Relevanz des Schriftstückes Anwesenheit von VPraes erforderlich *To do: Bitte um finale Durchsicht bis Freitag (letzte Möglichkeit für Änderungen), v.a. hinsichtlich des Inhaltsverzeichnisses und der "Zusammenarbeit mit Fachgesellschaften" (S. 41), welches thematisch recht kurz behandelt ist mit der Bitte, Änderungen direkt im Dokument vorzunehmen* **Kontaktpersonennachverfolgung bei respiratorischen Erkrankungen durch das Coronavirus SARS-CoV-2** (Dokument hier) • „noch moderaten" (S. 1) streichen, sonst ständige Notwendigkeit der Aktualisierung • „Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung" (S. 2): BMG hatte angefragt, ob Rückwärts-Ermittlung bereits umgesetzt werde – dies ist schon seit geraumer Zeit der Fall ○ Ggf. ist hier ein Hinweis zur Priorisierung nötig im Falle des Erreichens des Kapazitätslimits: Rückwärts-	FG32 [redacted] FG36/FG37

	Ermittlung sollte nicht der Vorwärts-Ermittlung ggü. priorisiert oder von ihr getrennt werden o Eine Priorisierung sollte vielmehr anhand der aktuellen Risikosituation vorgenommen werden (bspw. bei Anhaltspunkt für Ausbruch in größerem Setting, ggf. Hinweis auf Sachverstand vor Ort /die sachkundige Einschätzung und Priorisierung durch lokale Behörden) *To do: Vorwärts- und Rückwärts-Ermittlung gleichermaßen von Bedeutung → Bitte um Austausch zwischen FG 14 und FG 36 (Diskussion war aufgrund technischer Störung nicht abzuschließen)* • Umgang mit Kontaktpersonen eines bestätigten Covid-19-Falles (S. 2): Einigung Definition symptomatische Fälle mit bekanntem Symptombeginn auf „bis mindestens 10 Tage nach Symptombeginn“ • Aerosole (S. 3): Definition auf 1,5 m (statt 2 m) Abstand von Quellfall vereinheitlicht (siehe auch S. 7) • Anpassung Management im Flugzeug (S.3): o Defintionsfestlegung auf „Armlehnenkontakt bzw. direktem Sitznachbar“ *versus* sich vorne und hinten anschließende Sitzreihen: Studie aus Frankfurt, die Transmission innerhalb von zwei oder mehr Sitzreihen anführt, definiert nicht den Zeitpunkt der stattgefundenen Übertragung o alte Nomenklatur „direkter Sitznachbar“ soll beibehalten werden • Beispiel „Schule“ (S. 4): Definitionen der Kategorien und Maßnahmen werden dadurch vermischt, auf Beispiel verzichten, zumal Schule/Schulklasse schwer differenzierbar (Punkt unter Management) • Einschub: Aerosolübertragung soll ausgeschlossen werden (S. 5); Aktivität und Dauer entscheidende Faktoren; Unterschiede in Schutzmaßnahme vor Übertragung über kurze oder weite Distanz • Zu Kat. III-Kontaktpersonen (S. 6): Anregung für zukünftige Diskussionen, ob Kat. III ggf. gestrichen werden solle Pro: Einteilung in drei Kategorien oftmals irritierend, starke, teils dysproportionale Ressourcenbindung (bspw. zwecks Protokollführung) Contra: Maßnahmen Kat. II vs. Kat. III sind grundlegend unterschiedlich: Mund-Nasen-Schutz (MNS) der Allgemeinbevölkerung vs. Arbeitsschutz (Frage der Relevanz, Wertigkeit, aber auch der Praktikabilität) *To do: Synopse essentiell für Verständlichkeit → ggf. Verbesserung der graphischen bzw. layouttechnischen Übersichtlichkeit (farbige Gestaltung), Infografik hierzu sollte ebenfalls angepasst werden* Anm.: Tabellenformate sind in html nicht gut umsetzbar, Formatierung ggf. als pdf-Dokument	

	• Quellfall: Begrifflichkeit kontrovers diskutiert, weitere Formulierungsvorschläge sind willkommen, Begriff „Quellfall" spiegelt derzeit jedoch inhaltlich am prägnantesten und deutlichsten dessen fachliche Definition wieder, bspw. auch hinsichtl. Unterschied Quellfall (Infektionsquelle) und Indexfall (erster Erkrankungsfall) *To do: Papier gilt somit als besprochen, muss nun in Reinform gebracht werden; cave: „Absonderung" sollte in „Quarantäne" oder „Isolation" je nach Kontext abgeändert werden – „Absonderung" = Begrifflichkeit nach IfSG (juristischer Begriff), „Quarantäne" und „Isolation" fachliche Begriffe > Beibehalten einer begrifflichen Ebene nötig* *To do: Infografikanpassung sollte nach Anpassung des Papiers am Freitag möglichst zeitnah vorgenommen werden* Anm.: Anpassung der Infografik und des Papiers gehen i.d.R. Hand-in-Hand, die Ausarbeitung sollte im Dialog erfolgen **Optionen zum Management von Kontaktpersonen unter medizinischem Personal** (Dokument hier) • Nicht weiter besprochen *To do: sämtliche Dokumente sollten bis Freitag nochmal durch den Krisenstab zirkuliert werden (Teile ggf. als Fußnoten im „Mutter-dokument" (s.o.) auslagern)* Besprechung der Dokumente am Freitag, den 28.08.	
9	**Informationen zu Arbeitsschutz (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG37
10	**Labordiagnostik** • Aktuelle Lage unverändert: übersichtlicher Probeneingang, ggf. geringfügig mehr Aufkommen, nachweislich ausschließlich Rhinoviren detektiert, 50 % der eingesandten Proben positiv • Nachweis endemischer Coronaviren kann aufgrund geltender Rechtsvorschriften nicht tagesaktuell durchgeführt werden, Schadensfrist muss abgewartet werden, dazu derzeit Anfrage bei Datenschutz und Rechtsabteilung • Zu „falsch positiven Ergebnissen": eine Erörterung wurde kürzlich an den Spiegel geschickt, Auszüge werden für die FAQs verwendet werden können Anm.: das Einbringen neuer Zahlen gibt Anlass zu neuerlichen Nachfragen oder Missverständnissen, es muss sprachlich präzise formuliert werden, aus Erfahrung werden stratifizierte Positivraten von der Bevölkerung am besten nachvollzogen werden können *To do: Ergänzung des FAQs unter Berücksichtigung o.g. Aspekte*	FG17/ZBS1
11	**Klinisches Management/Entlassungsmanagement**	FG36/IBBS

	• Nicht besprochen	
12	**Maßnahmen zum Infektionsschutz** **Arbeit der WHO IPC Gruppe zu MNS und Atemschutz sowie zu Übertragungswegen im Gesundheitswesen** (Folien hier) <u>Veröffentlichung des WHO Expertengremiums bezüglich möglicher Übertragungswege im Gesundheitswesen und Schutz des medizinischen Personals</u> (Kommentar, kein systematic review) • Vorherrschende Übertragungswege im Gesundheitswesen: Respiratorische Tröpfchen und/oder Kontaktroute • Secondary attack rate (3-10 %; aus Übertragungen in Haushalten ermittelt) und R0 von SARS-CoV (2,0-2,5) sind nicht konsistent mit einer obligat aerogenen Übertragung • „opportunistic" airborne Übertragung bei aerosol-generierenden medizinischen Maßnahmen („AGMPs") bei > 1 m Entfernung möglich Erforderliche Maßnahmen für den Schutz des medizinischen Personals: • Einsatz von PSA oder Abstand von > 2m • Laut WHO sind MNS („medical masks") oder Atemschutz („respirators"; N95) grundsätzlich geeignet für die Versorgung von an COVID-19-erkrankten Personen • In DE wird der Einsatz von Schutzmasken von BAuA/Arbeitsschutz geregelt (bei Versorgung von COVID-19-infizierten: FFP oder mehr). • Wichtige Faktoren beim Einsatz von MNS und Atemschutz sind: ○ Risiko der Selbstkontamination beim Tragen und insbesondere beim An- und Ablegen („Donning/Doffing") ○ Personal braucht einfache Protokolle ○ Personal muss geschult werden ○ Dichtsitz bei Atemschutz etc. • Anm.: der MNS sollte bei Klinikpersonal aber zwingend dicht anliegen und nicht angefasst/verschoben werden (unterschied zur Verwendung als Alltagsmaske in der breiten Bevölkerung, cave: Infektionsschutz vs. Arbeitsschutz) Freitag: Telefonkonferenz mit BMG zur Versorgung von Covid-19-Patienten und Personalschutz: *To do: das betreffende Papier dazu sollte bis dato noch detaillierter begutachtet werden*	FG14 [redacted]
13	**Surveillance** • Nicht besprochen	FG32
14	**Transport und Grenzübergangsstellen (nur freitags)** • Nicht besprochen	FG32

15	**Information aus dem Lagezentrum (nur freitags)** • Einsatz mobiler Containment Scouts: • 3 am RKI, 17 in Gesundheitsämtern • 50 % mobil einsetzbar, 50 % vor Ort • Antrag für „Folge-Containment“: zukünftig sollen 10 Containment Scouts am RKI stationiert werden • sehr kurzfristige Mobilisierung derzeit problematisch, diese muss konzeptionell überarbeitet, bzw. die Priorität auf Einsatz / kurzfristige Mobilisierung gelegt werden • [redacted]	
16	**Wichtige Termine** • Nicht besprochen	alle
17	**Andere Themen** • Nächste Sitzung: Freitag, 28.08.2020, 11:00 Uhr – 13 Uhr [redacted]	